

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 46

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

GRIPPE A FORME PSEUDO-PHYMIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1920

PAR

PIERRE CHAFFAUT

Né à Neufchâteau (Vosges), le 26 novembre 1894



LYON

ANCIENS ETABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

• —
1920

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 46

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

GRIPPE A FORME PSEUDO-PHYMIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

et soutenue publiquement le 17 Décembre 1920

PAR

PIERRE CHAFFAUT

Né à Neufchâteau (Vosges), le 26 novembre 1894



LYON

ANCIENS ETABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière 14

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires....	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants...	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LANNOIS.
Chimie biologique.....	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVÉ-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIO I
Hygiène.....	VILLARD.
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,
Accouchements.....	COMMANDEUR,
Embryologie.....	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique.....	BRETIN.
Urologie.....	GAYET.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER.
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX.	ROUBIER.
NOGIER.	GARIN.	HOVELACQUE.	FAVRE.
BRETIN.	SAVY.	TRILLAT.	MURARD.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE.	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER.	PIÉRY.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TEISSIER, *Président* ; MOURIQUAND, *Assesseur* ;
MM. THÉVENOT Lucien et ROUBIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE
LE LIEUTENANT ANDRE CHAFFAUT

(Promotion du Maroc).

Tué à l'ennemi.

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FIANCEE

A MA SOEUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

tombés au Champ d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TEISSIER

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
CH. ROUBIER

A MONSIEUR LE MEDECIN INSPECTEUR NICLOT

A MONSIEUR LE MEDECIN PRINCIPAL
DE 1^{re} CLASSE ROUSSEL

INTRODUCTION

Quelques considérations générales sur les relations de la grippe et de la tuberculose.

Parmi les complications les plus graves et les plus fréquentes de la grippe, les localisations pulmonaires occupent la première place. Les deux grandes épidémies de 1889 et de 1918 en ont fourni de multiples preuves.

Les formes cliniques observées furent très nombreuses : nous esquissons l'étude de quelques-unes très particulières. Parfois, la grippe avec une persistance des signes généraux et pulmonaires, présente des analogies très nettes avec la tuberculose. Certains malades montrèrent à la suite d'une infection grippale, des signes de « bronchite suspecte » ou « d'induration des sommets » qui traduisirent l'évolution d'une tuberculose confirmée. En outre, il est certain que la grippe, de même que d'autres

maladies infectieuses, survient parfois chez les tuberculeux. Dans d'autres cas, enfin, les lésions pulmonaires donnèrent lieu à des signes physiques et fonctionnels, identiques à ceux de la tuberculose ; seuls, les examens de laboratoire ne permirent pas de poser ce diagnostic.

Dans l'étude des relations de la grippe et de la tuberculose, bien étudiées ces temps derniers, plusieurs éventualités peuvent donc se présenter.

1° La grippe survient chez un tuberculeux pulmonaire.

La tuberculose est-elle influencée ?

Les opinions des auteurs sont variables. Avant cette dernière épidémie, on considérait que la grippe frappait volontiers les tuberculeux, qu'elle serait plus grave chez eux et leur mortalité serait très marquée. Mouisset, Renon, Netter, tout récemment, Leuret (de Bordeaux) et Ch. Roubier (de Lyon), montrèrent le rôle nettement défavorable de la grippe. Lortat-Jacob constata chez des pleuro-tuberculeux une marche aiguë et souvent mortelle de l'infection grippale.

Pour d'autres, la grippe ne frapperait pas particulièrement les tuberculeux et ne réactiverait pas leurs lésions. Nous citerons : Kayser Petersen (de Francfort) ; des auteurs américains Fishberg, Burns Anderson et Andrew Petersen ; en Suisse, Burnand ; à Paris, Bonnet.

2° La tuberculose se développe dans les convalescences de grippe.

Ces tuberculoses post-grippales ne paraîtraient

pas dues à un rôle d'appel phtisiogène de l'infection grippale, mais à un réveil d'une tuberculose ancienne, remontant à l'enfance et restée latente jusqu'alors (Ch. Roubier, Debré et Jacquet).

3° La grippe, de par sa symptomatologie, son évolution traînante et prolongée, ses signes fonctionnels et généraux persistants, simule la tuberculose alors que cette infection n'est nullement en cause.

Ce sont ces formes spéciales de la grippe, dites formes pseudo-phymiques que nous étudierons dans ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

La question dont nous allons esquisser l'étude fut entrevue au début du siècle dernier. Au cours des nombreuses épidémies grippales qui se révélèrent en Europe un peu partout, l'attention fut, à plusieurs reprises, éveillée par la difficulté du diagnostic entre certaines gripes et l'infection tuberculeuse.

La similitude de symptomatologie avait frappé maints auteurs. Graves (1837), dont les leçons de Clinique médicale furent traduites par Jaccoud, insista sur la localisation possible aux sommets des bronchites grippales ; il notait comme signe distinctif d'une tuberculose, la précocité de l'expectoration muco-purulente. Plus tard, B. Teissier observa des cas de grippe à manifestations prédominantes aux sommets et s'accompagnant de température à type inverse. En 1893, le professeur J. Teissier désigna ces manifestations spéciales de la grippe, sous le nom de « Gripes à forme pseudo-phymique ».

Les signes physiques étaient homologues à ceux de la tuberculose aiguë. Aux sommets, on perçoit des râles humides et confluent, parfois un souffle ou même des signes pseudo-cavitaires ; de même des signes fonctionnels et généraux (expectoration purulente, abondante, sueurs, amaigrissement, fièvre continue), pouvant faire songer à la bacillose. L'évolution des signes physiques est variable, ils disparaissaient parfois complètement ; dans d'autres cas, ils laissaient des signes de pneumonie chronique ou de sclérose interstitielle avec dilatations bronchiques. Les rares autopsies permirent de constater la présence de ces séquelles et l'absence de lésions tuberculeuses.

Le diagnostic était difficile. Cependant quelques caractères spéciaux peuvent faire songer à la grippe ; le professeur J. Teissier soulignait le tracé thermique caractéristique, le début brusque des manifestations pulmonaires, l'expectoration purulente précoce, la notion d'épidémie et surtout l'absence du bacille de Koch dans les crachats.

Ces données cliniques trouvèrent de nombreux échos. Bien des cas semblables furent publiés. En octobre 1894, MM. Collet et Chatin en recueillirent deux à la Clinique du professeur Bondet. Cette même année, à Lille, le professeur Lemoine, dans la thèse de son élève Mizon, puis dans une importante communication au Congrès de Médecine, distingua trois formes de grippe pseudo-phymique : la forme bronchitique, la forme congestive et pneumo-

nique à localisation aux sommets, la forme bronchectasique.

En 1895, un élève du professeur Teissier, le docteur Egger, rassemblant tous ces documents, fit dans sa thèse une étude synthétique de la question, désormais devenue classique.

Netter, dans le *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, fait mention de ces faits.

Enfin, la grande pandémie grippale qui sévit en France, en 1918 et 1919, donna lieu à de nouvelles constatations de cette modalité clinique. Nous citerons, dans le cours de cet ouvrage, maints articles parus dans les journaux médicaux et dont nous donnons la bibliographie. Qu'il nous soit permis, toutefois, de citer, dans ce chapitre, l'article de notre maître, le professeur agrégé Roubier, paru dans le *Lyon Médical*, en 1919.

ÉTUDE CLINIQUE

Quels sont, chez les convalescents de grippe, les signes qui peuvent, par une mauvaise interprétation, faire croire à l'apparition de la bacillose ? Ce sont :

1° Soit les signes généraux ; 2° soit les troubles fonctionnels respiratoires ; 3° et enfin les signes physiques pulmonaires.

1° Chez les malades qui nous intéressent, la persistance des troubles de l'état général peut faire songer à une bacillose au début. La période aiguë de la maladie étant terminée, on constate fréquemment de la fatigue générale, de l'anorexie, de la céphalée, de la courbature et des douleurs musculaires passagères ; on note aussi de l'hypotension artérielle et une anémie marquée. La persistance de l'état fébrile domine ce tableau clinique ; la fièvre se prolonge durant des semaines, d'ordinaire modérée, elle oscille entre 37° et 39° ; elle est souvent vespérale.

La température peut être normale ou au-dessous de la normale le matin, et fébrile seulement le soir ; elle est presque toujours irrégulière avec alternatives de rémission et d'exacerbation. Des périodes d'apyrexie passagère sont suivies de rechutes thermiques. L'épreuve de la marche est souvent positive. En somme, il existe une instabilité thermique marquée. Puis on assiste peu à peu à une rémission de tous ces symptômes, l'hypothèse de tuberculose au début ne peut plus se soutenir ;

2° La constatation de troubles fonctionnels respiratoires joints à ces signes généraux persistants, justifie davantage le doute comme dans le cas suivant.

OBSERVATION I

Due à M. le Professeur Roubier (*Lyon Médical*, sept. 1919).

Officier, 30 ans, fut adressé au centre de triage de tuberculeux pour « sommet droit suspect chez un convalescent de grippe ». Cette grippe avait été sévère et s'était compliquée de congestion des deux bases, la convalescence était très longue. Or, chez ce sujet déprimé, asthénique, se plaignant d'une toux sèche persistante, on ne percevait que quelques râles trachéaux et une diminution du murmure au sommet droit sans autres symptômes. Examen radioscopique négatif, pas de bacilles dans les crachats. Un repos prolongé amena la disparition de ces troubles fonctionnels et généraux.

De nombreux cas semblables ont pu être rapportés. Ces troubles fonctionnels respiratoires sont, en général, caractérisés par une dyspnée marquée à

l'effort, des douleurs thoraciques vagues notamment dans les régions scapulaires, une toux sèche persistante de trachéo-bronchite ; mais on note l'absence de signes positifs à l'auscultation.

Dans ces formes comme dans celles signalées dans le paragraphe précédent, le diagnostic de tuberculose au début n'a pu résister à un examen approfondi, tenant surtout compte de l'évolution favorable et de la disparition progressive des symptômes.

3° Il nous reste donc à étudier ces cas où il existe des signes pulmonaires persistants qui, s'ajoutant aux troubles fonctionnels et généraux peuvent faire pencher vers l'hypothèse de tuberculose.

C'est, en pareil cas, que l'on peut parler de gripes à forme pseudo-phymique.

FORMES PSEUDO-PHYMIQUES DE LA GRIPPE

Les nombreuses observations relatées ayant trait soit à l'épidémie de 1891-1892, soit à celle de 1918-1919, nous permettront de classer, de la façon suivante, les différents types observés.

A. Forme de bronchite diffuse ou de broncho-alvéolite.

B. Forme de bronchite congestive ou broncho-alvéolite des sommets.

C. Forme broncho-pneumonique traînante.

D. Forme de pneumonie paraissant franche, puis

à résolution traînante simulant la pneumonie caséuse.

Nous allons exposer ces différents types cliniques.

A. — FORME DE BRONCHITE DIFFUSE
OU DE BRONCHO-ALVÉOLITE

Nous avons extrait, de la thèse d' Egger, trois observations. Nous les reproduirons brièvement :

OBSERVATION II

(In *Lyon Médical*, 14 octobre 1894. Deux cas de grippe à forme pseudo-phymique). Chatin et Collet.

Un ouvrier maçon, 20 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1894.

Pas d'antécédents tuberculeux. L'affection actuelle remonte à vingt jours, caractérisée par une grippe à début brusque (céphalée, vertiges, anorexie). Pas de points de côté, les crachats furent nettement purulents dès le premier jour.

A l'entrée, on note : sueurs, dyspnée marquée, respiration courte et superficielle, visage pâle, les lèvres et les extrémités paraissent cyanosées. Crachats abondants, purulents, nummulaires. Pas de bacilles de Koch. Toux fréquente, la température est de 39°5. Pouls régulier, bien tendu, 100 pulsations à la minute.

Examen de l'appareil pulmonaire.

A la percussion : légère submatité aux deux bases, rien aux sommets.

A l'auscultation : Dans toute la hauteur des deux hémithorax, en avant et en arrière, on entend de très nombreux râles ronflants et sibilants avec quelques bouffées inspiratoires de sous-crépitations. On remarque aussi une légère congestion des deux sommets, marquée surtout à droite, sans signes d'induration.

Rien au cœur, ni à l'abdomen ; rate légèrement hypertrophiée.

Les signes physiques ne varient pas, mais les symptômes généraux deviennent plus alarmants. Le malade présente tous les signes d'une tuberculose aiguë. La dyspnée et la cyanose augmentent. Les crachats sont toujours abondants et purulents, ne renferment pas de bacilles de Koch.

Le tracé thermique montre, depuis le début, de grandes oscillations à type inverse.

La mort survient par asphyxie progressive.

L'autopsie pratiquée ne montre pas de lésions bacillaires du poumon ni des ganglions trachéo-bronchiques, ni des séreuses.

En résumé : Grippe à début brusque. Bronchite généralisée avec congestion des sommets, prédominante à droite. Signes et marche d'une tuberculose aiguë. Crachats purulents et nummulaires ; absence du bacille de Koch.

A l'autopsie, pas de lésions tuberculeuses.

OBSERVATION III

(In Jarron, Th.^m de Bordeaux, 1894).

Un ouvrier de 42 ans entre à l'hôpital, le 12 février 1894.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Le malade, à la suite d'un refroidissement, se plaint depuis huit jours de fièvre et d'une grande faiblesse.

A l'entrée : la température est de 39°2. Le malade n'a pas d'appétit, il est courbaturé, constipé, la langue est rôtie, fuligineuse.

Aux deux sommets, en arrière, on trouve de la matité avec quelques râles crépitants, expiration rude et prolongée ; dans tout le reste de la poitrine, on note des râles sibilants et ronflants.

Les crachats examinés le 16 février, décèlent le diplocoque.

Le 21, la température oscille entre 38° et 39° ; râles sibilants et sous-crépitaux dans toute la poitrine.

Puis la température baisse, les signes stéthoscopiques s'amendent.

Le malade sort le 7 mars, guéri.

En résumé : Grippe avec bronchite généralisée et congestion des deux sommets. Diplobacille dans les crachats. Guérison.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance du Prof^r Teissier (Egger, Th. de Lyon, 1894)

Une jeune fille de 18 ans entre à l'Hôtel-Dieu, le 22 novembre 1893.

A. H. : Père mort à 45 ans, de tuberculose pulmonaire ; mère bien portante.

A. C. : Deux sœurs et un frère en bonne santé. Cinq sont morts en bas âge.

A. P. : Rougeole dans l'enfance, menstruations régulières.

Depuis quatre mois, la malade était soignée pour bronchite et prenait de la créosote. Pas d'hémoptysies, pas de sueurs nocturnes, sauf ces dernières nuits ; pas d'amaigrissement notable.

Il y a dix jours, l'état s'aggrava brusquement par l'apparition de points de côté violents, toux constante, fièvre et abattement.

A l'entrée : La température oscille entre 38°3 et 39°5. Grande sensation de faiblesse, pas de stupeur, pas de troubles abdominaux. Rate grosse.

Examen physique : Submatité et râles sous-crépitaux très nombreux à la base gauche. Rien à la base droite. Au sommet gauche, en avant, submatité, augmentation des vibrations, râles fins sous-crépitaux très nombreux à la fin de l'inspiration.

25 novembre : Mêmes signes à la base gauche, disparition des râles fins au sommet. La fièvre est tombée, tracé en V.

1^{er} décembre : Fièvre à grandes oscillations ; examen bactériologique des crachats négatif. Bon état général, les signes stéthoscopiques ont disparu.

15 décembre : Guérison.

En résumé : Malade se disant soignée pour une tuberculose pulmonaire. Poussée grippale avec encombrement pulmonaire à gauche. Amélioration de l'état général. Persistance de l'hypertrophie de la rate avec grandes oscillations de température. Guérison.

Enfin la récente épidémie nous fournit l'observation suivante :

OBSERVATION V

Due à l'obligeance du Professeur Teissier. Inédite.

Un soldat de 32 ans, D... Léon, entre à l'hôpital, le 1^{er} août 1918.

Classé service auxiliaire, il montra une bronchite grippale généralisée avec foyers congestifs à répétition, sclérose des deux sommets, congestion chronique des deux bases, évoluant sur un fond de bronchite chronique un peu suspecte.

L'examen radioscopique pratiqué le 15 septembre montre : Poumons un peu truités, les sommets grisâtres s'éclairent légèrement à la toux. Ombres ganglionnaires accentuées. Les sinus s'ouvrent mal.

Le diaphragme fonctionne normalement.

L'examen des crachats pratiqué après homogénéisation, fut, à quatre reprises, négatif. Séro-diagnostic négatif.

Le malade sort le 24 septembre, avec deux mois de convalescence.

La lecture de ces observations montre les difficultés du diagnostic. L'encombrement pulmonaire avec râles ronflants ou sibilants et sous-crépitaux diffus ont pu faire songer à l'évolution d'une bronchite tuberculeuse, surtout dans le cas où la bronchite est unilatérale (Obs. IV). Cette persistance des signes physiques anormale dans les bronchites banales, l'importance des signes généraux font hésiter. Parfois l'étude de la courbe thermométrique (V. grip-pal), mais principalement la disparition progressive des signes physiques au lieu de l'aggravation de règle dans les bronchites bacillaires, et surtout l'absence du bacille de Koch après de nombreux examens de laboratoire, permettent d'affirmer qu'il s'agit de grippe à forme pseudo-phymique.

Nous insisterons, toutefois, sur ce point : Ce type clinique bien souvent ne représente qu'une phase initiale ou terminale des autres formes, qui peuvent être graves, soit qu'elles évoluent vers la bronchite capillaire, soit que, parmi leurs lésions diffuses, se condensent des foyers limités à type broncho-pneumonique.

Cette forme bronchitique comportera donc un pronostic réservé.

B. — FORME DE BRONCHITE CONGESTIVE OU BRONCHO-ALVÉOLITE DES SOMMETS

Fréquentes sont les manifestations prédominantes aux sommets de bronchites et de congestions pulmonaires grippales déjà décrites par B. Teissier.

Le seul fait de cette localisation éveille tout de suite l'attention et l'idée de tuberculose vient immédiatement à l'esprit. La dernière épidémie grippale vient à ce sujet enrichir la littérature médicale. Notre maître, Ch. Roubier rapporta huit cas ; nous ne reproduirons que ces trois observations pour étudier la diversité des signes physiques constatés dans ces localisations apicales.

OBSERVATION VI

Due à Ch. Roubier. (*Lyon Médical*, septembre 1918).

R..., 6^e bat. colonial marocain, classe 1913, cocher. Rien à signaler dans les antécédents. Bonne santé habituelle. Le 4 novembre 1918, le malade entra à l'infirmerie de son corps pour grippe compliquée d'angine, puis fut évacué sur l'hôpital. Il présenta une grippe sévère avec foyers congestifs aux deux bases. Fièvre persistante pendant plus de vingt jours, oscillant entre 38°5 et 39°5. Au bout de ce temps, l'état général s'améliore quelque peu, mais le malade tousse toujours beaucoup et crache abondamment ; on lui trouve de l'obscurité respiratoire et de nombreux râles au sommet droit. Il fut dirigé sur le centre de triage pour grippe compliquée de bronchite de nature probablement bacillaire.

A l'entrée, le 26 décembre, le malade paraît amaigri (62 k.).

Les signes fonctionnels persistent : poussées thermiques vespérales, expectoration purulente, nummulaire, très abondante. L'auscultation laisse percevoir des sibilances dans toute la hauteur avec prédominance des signes physiques au sommet droit : sonorité peu modifiée, vibrations vocales perçues à la palpation. On note, dans la région sus et sous-épineuse, ainsi que dans la région sous-claviculaire, de nombreux râles sous-crépitants, confluents, un peu éclatants, augmentés par la toux ; à ce niveau, l'expiration est très soufflante. Rien au sommet gauche. Respiration nasale libre. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

Examen radioscopique : Léger festonnement de la voûte diaphragmatique droite dans les inspirations ; sommets clairs et égaux comme transparence.

Examen bactériologique des crachats : Pas de bacilles de Koch, malgré trois examens.

Les jours suivants, les signes physiques persistent identiques ; on note seulement, le 31 décembre, une fétidité très nette de l'expectoration.

6 janvier : Les signes physiques ont bien diminué, on perçoit quelques râles sous-crépitaux peu nombreux sous la clavicule droite. Persistance de quelques crachats purulents. Pas de température.

15 janvier : Au sommet droit, plus de râles. Bon état général, le sujet a engraisé de 4 kilogs. Plus de température. Sort de l'hôpital et part en convalescence.

Chez ce grippé, les signes physiques pulmonaires se prolongèrent d'une façon anormale. La localisation et la persistance de ces signes physiques au sommet droit, pouvaient faire songer à la tuberculose par la présence d'un foyer à râles sous-crépitaux, par les oscillations de la température et par l'abondance de l'expectoration. Mais l'évolution fut favorable, les examens radioscopique et bactériologique des crachats furent négatifs. L'amélioration se dessine au bout du deuxième mois de l'affection. Tous ces signes confirmèrent le diagnostic de grippe prolongée du sommet.

OBSERVATION VII

Ch. Roubier (in *Lyon Médical*, septembre 1919).

D..., soldat au 2^e Groupe d'aviation, 20 ans, cultivateur. Pas d'antécédents héréditaires, ni collatéraux. Bonne santé

habituelle, versé dans le service auxiliaire en avril 1917, pour faiblesse de constitution.

Le début de l'affection remonte au 14 novembre 1918. D... entre à l'hôpital pour grippe, fièvre oscillant entre 38°5 et 39°5 et tombant progressivement au bout de quinze jours. Rechute après quelques jours d'apyrexie, la température s'élève à 39° ; il éprouve de la céphalée, de la courbature, point de côté à droite ; émet quelques crachats sanguinolents ; l'examen montre des signes de congestion dans toute la hauteur du poumon droit.

La température tombe au bout de quelques jours, mais le malade présente un amaigrissement marqué, une profonde asthénie, quelques poussées termiques vespérales à 38°, expectoration abondante, sueurs nocturnes ; on trouve aux deux sommets, surtout à droite, des signes d'infiltration avec craquements.

Ce malade est envoyé au centre de triage, le 17 décembre, pour « tuberculose pulmonaire consécutive à une grippe ».

A son entrée, le malade paraît très amaigri. Toux fréquente, crachats abondants. Il existe un myo-œdème très accusé dans les régions sous-claviculaires. Au sommet droit, on note : en arrière, submatité, vibrations exagérées, murmure diminué d'intensité avec nombreux râles humides après la toux dans les fosses sus et sous-épineuses ; en avant, tonalité du son de percussion plus élevée dans la région sous-claviculaire droite qu'à gauche, inspiration rude et expiration soufflante ; quelques râles humides perçus seulement après la toux.

Rien à la base.

Sommet gauche normal, de même la base ; respiration nasale libre.

Pupilles égales, cœur normal.

Examen radioscopique : Sommet droit diminué de transparence et s'éclairant mal à la toux, sommet gauche également un peu diminué de transparence, mais s'illumine à la toux.

Examen bactériologique des crachats : A trois reprises, ne montre pas de bacilles de Koch.

21 décembre : Expectoration muco-purulente assez abondante, mais non fétide. Au sommet droit, respiration rude

avec quelques râles humides après la toux. Température vespérale : 37°8 et 38°.

26 décembre : Le malade a engraisé de 2 kilogs depuis son entrée ; température nulle ; râles humides au sommet droit, paraissant moins nets ; diminution de la sonorité, murmure un peu granuleux. Toux bien moins fréquente, quelques crachats muco-purulents.

28 décembre : Au sommet droit, en arrière, on perçoit quelques râles fins un peu éclatants, variables ; disparition après plusieurs inspirations, peu augmentés par la toux. Quelques crachats muco-purulents ne contenant pas de bacilles de Koch.

Un nouvel examen radioscopique montre un léger voile des deux sommets : le droit ne paraît pas plus gris que le gauche.

31 décembre : On ne perçoit plus de râles au sommet droit ; de ce côté, le murmure est un peu plus faible. Le malade a engraisé de 5 kilogs. Il part en convalescence très amélioré.

On pouvait, chez ce malade, croire à une tuberculose pulmonaire consécutive à une grippe. Les symptômes généraux, les poussées thermiques vespérales, l'amaigrissement marqué, l'asthénie ; les symptômes fonctionnels (expectoration abondante, toux fréquente) et enfin les signes physiques prédominant au sommet, paraissaient confirmer ce diagnostic. Les râles perçus au sommet ressemblaient à des craquements. Cependant, on ne trouvait pas de bacilles de Koch dans les crachats, la radioscopie montrait des modifications très discrètes de l'image normale ; devant la disparition progressive des signes physiques et l'amélioration notable de l'état général, on ne pouvait diagnostiquer qu'une grippe prolongée avec broncho-alvéolite localisée au sommet droit.

OBSERVATION VIII

Ch. Roubier (in *Lyon Médical*, septembre 1918).

M..., soldat au 156^e d'infanterie, 27 ans, plâtrier. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, était sujet aux angines. Il a fait huit mois de service militaire, puis avait été réformé pour perforation du tympan.

Mobilisé dans une fabrique d'obus, il fut récupéré en 1917 et versé au 156^e.

3 octobre 1918 : Cet homme est hospitalisé pour grippe compliquée de broncho-pneumonie (température élevée, abatement, dyspnée avec cyanose ; symptômes de broncho-pneumonie avec poussées successives aux deux bases et au sommet gauche ; expectoration purulente abondante).

Aggravation de l'état général vers le quinzième jour de la maladie, accidents de faiblesse cardiaque avec œdèmes étendus des membres inférieurs sans albuminurie notable.

1^{er} novembre : La température baisse, les signes physiques disparaissent aux bases, mais persistent au sommet gauche (souffle, râles humides). Toux et expectoration persistantes. Amaigrissement notable.

27 novembre : Le malade est envoyé au centre de tuberculeux, pour : « Grippe sévère avec poussées de broncho-pneumonie, symptômes persistants au sommet gauche, cachexie et amaigrissement ; en observation pour examen des voies respiratoires ».

A l'entrée, le 27 novembre, le malade est très amaigri (taille 1 m. 72, poids 49 kilogs). Expectoration abondante, crachats nummulaires, purulents.

On note au sommet gauche : matité et exagération des vibrations dans les fosses sus et sous-épineuses. Gros souffle inspiratoire et expiratoire avec quelques râles humides et retentissement marqué de la toux ; dans la région sous-claviculaire, submatité avec légère douleur à la percussion, vibrations plus fortes qu'à droite. Pas de souffle, mais de nombreux râles humides, confluents, à timbre éclatant, que l'on perçoit jusque dans la région précordiale. Rien au sommet droit, ni

aux bases. Cœur un peu rapide, appétit conservé, bonne digestion.

1^{er} décembre : Légère amélioration, élévation vespérale de la température à 38°. Les crachats toujours abondants et purulents présentent une légère fétidité. Pas de changement des signes physiques pulmonaires.

L'examen bactériologique des crachats, à trois reprises, ne décèle pas de bacilles de Koch.

L'examen radioscopique montre une diminution nette de la transparence de la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche ; la fenêtre sus-claviculaire, de ce côté, est opaque et ne s'éclaire pas à la toux. Amplitude diaphragmatique faible des deux côtés.

6 décembre : Mêmes signes physiques, le malade a peu de température. Trois nouveaux examens bactériologiques des crachats sont négatifs.

14 décembre : L'état général s'améliore. Le poids est de 52 kilogs (gain de 3 kilogs en deux semaines). La température est normale, l'expectoration bien moins abondante). Au sommet gauche, on entend une expiration soufflante en arrière, avec retentissement de la toux. Les râles sont moins nombreux qu'auparavant.

20 décembre : Poids : 56 kil. (gain de 4 kil. en six jours). Le malade a bon appétit, tousse et crache peu. Au sommet gauche, les vibrations paraissent un peu plus fortes et la toux plus retentissante qu'à droite ; plus de souffle, ni de râles. Le murmure est aussi intense des deux côtés à l'auscultation des deux régions sous-claviculaires.

Un nouvel examen radioscopique montre encore une légère diminution de la transparence du sommet gauche, en arrière.

30 décembre : Poids : 62 kilogs. Le malade semble guéri et part en convalescence.

Ce malade, à la suite d'une grippe sévère compliquée de broncho-pneumonie, a présenté au sommet gauche, des séquelles qui pouvaient faire penser à une tuberculose consécutive. La cachexie extrême, l'amaigrissement marqué, l'expectoration purulente

et la localisation des signes pseudo-cavitaires au sommet gauche étant bien en faveur du diagnostic de bacillose pulmonaire.

Mais notons : 1° l'absence du bacille de Koch dans les crachats, malgré six examens répétés ; 2° la discordance entre les renseignements fournis par la radioscopie et la clinique (il n'y avait qu'une diminution de transparence du sommet et pas de réaction ganglionnaire) ; 3° l'évolution rapide et favorable de l'affection (disparition des signes physiques d'une part et reprise de poids de l'autre). Le diagnostic de tuberculose se trouvait donc formellement contredit par ces trois ordres de fait.

On pourrait relater beaucoup de faits analogues à ceux dont il vient d'être question.

Chez tous ces convalescents de grippe, nous notons les profondes modifications de l'état général ; c'est d'abord la persistance d'un état fébrile caractérisé par des élévations vespérales à 38°, l'amaigrissement marqué, accompagné d'une grande perte de forces, les sueurs nocturnes, parfois des points de côté thoraciques et des crachats sanguinolents. La toux est fréquente, opiniâtre ; l'expectoration mucopurulente, en général abondante (ces malades remplissent jusqu'à un crachoir par jour). Mais c'est surtout la localisation des signes physiques au sommet, qui peut induire en erreur le médecin et lui faire croire à l'évolution d'une tuberculose.

D'après les trois observations que nous venons de citer, nous pouvons constater que les signes d'auscultation observés au sommet, sont variables. Nous

avons trouvé : 1° un foyer de râles sous-crépitaux perceptibles en arrière, dans les fosses sus et sous-épineuses, en avant dans la région sous-claviculaire, sans symptômes de condensation parenchymateuse des sommets et paraissant en rapport avec une broncho-alvéolite ; 2° des signes de congestion du sommet constitués par des râles plus ou moins nombreux, analogues à des craquements, accompagnés de submatité, d'un léger souffle, de bronchophonie et de retentissement de la toux ; 3° des signes pseudo-cavitaires caractérisés par un souffle intense avec de nombreux râles humides, confluent, simulant un vrai gargouillement.

L'examen radioscopique est d'une énorme importance pour le diagnostic ; nous devons souligner la discordance entre les renseignements fournis par l'examen physique et ceux fournis par la radioscopie. Alors que les signes physiques pouvaient faire penser à une bacilliose évolutive, l'examen à l'écran ne nous révèle à peu près pas de modifications de l'image radioscopique normale. Les sommets sont perméables ou le sommet en cause ne montre qu'une légère diminution homogène de transparence ; on ne voit ni les marbrures, ni les pommelures caractéristiques des lésions bacillaires. Dans l'observation VIII, où plusieurs examens furent pratiqués, on constata que la diminution de transparence du sommet s'atténuait progressivement en même temps que s'améliorait la congestion parenchymateuse qui l'occasionnait.

L'examen des crachats doit être pratiqué à de

nombreuses reprises, l'absence constante des bacilles de Koch permettra d'écarter la nature tuberculeuse de l'affection. Dans les cas douteux, on pratiquera l'inoculation des crachats au cobaye.

Ch. Roubier mentionne la fétidité transitoire de l'expectoration purulente, fait qui s'observe peu chez les tuberculeux bacillifères.

L'évolution de cette affection est, en général, favorable ; au bout de plusieurs mois, on constate une diminution des signes physiques et une amélioration progressive de l'état général. Ce retour à la normale est-il définitif ? Nous ne saurions l'affirmer.

C. — FORME BRONCHO-PNEUMONIQUE TRAINANTE
AVEC SIGNES CAVITAIRES A UNE BASE

Cette forme a été bien reconnue et décrite en 1894, par le professeur Lemoine, de Lille, sous le nom de forme bronchectasique. Nous résumerons une première observation due à un de ses élèves, Mizon.

OBSERVATION IX

(Thèse de Mizon, Lille 1894).

Ouvrier de 49 ans, entre à l'hôpital, le 2 février 1894.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

A. P. : Fièvre intermittente. Alcoolisme. Depuis 20 ans, tousse un peu tous les hivers, sa toux s'est augmentée ces deux dernières années. Il crache abondamment et a beaucoup maigri.

Le début de l'affection remonte à trois semaines. Le malade prit froid et ressentit, dès le lendemain, un violent point de

côté thoracique à gauche, accompagné de frissons qui durèrent plusieurs jours. La toux était fréquente et violente. A noter une légère hémoptysie.

A l'entrée, le malade tousse beaucoup. Le point de côté a disparu, la température est de 39°₂ le soir, de 38°₄ le matin.

Examen de l'appareil pulmonaire : Sonorité normale à la percussion des deux poumons. Vibrations thoraciques diminuées au sommet gauche en avant, à la base gauche en arrière. A l'auscultation, on note : en avant, respiration rude, râles ronflants et sibilants à gauche ; en arrière, également à gauche, rudesse respiratoire et gros râles ronflants et sibilants dans toute la hauteur du poumon ; à la base, on entend nettement, dans une étendue égale à une paume de main, un souffle caverneux avec un peu de gargouillement. Du côté droit, on perçoit en arrière et au sommet, des râles sous-crépitaux, de la pectoriloquie aphone, mais pas d'égophonie. Crachats abondants et nummulaires, ne contenant ni pneumocoques, ni bacilles de Koch.

9 février : On ne trouve plus que des râles sous-crépitaux et quelques sibilants. Le soufflé et le gargouillement disparaissent après la toux.

21 février : L'amélioration se dessine, les signes de congestion persistent à gauche.

9 mars : Examen bactériologique des crachats négatif. L'état général s'améliore.

16 mars : Le malade sort de l'hôpital présentant les mêmes signes physiques.

En résumé : Bronchite chronique avec amaigrissement, bronchite unilatérale, puis dilatation bronchique à la base gauche avec symptômes caverneux. Poussées congestives au sommet gauche, puis au sommet droit. Sortie du malade avec bon état général. Absence constante du bacille de Koch dans les crachats.

L'épidémie de 1918 nous fournit plusieurs cas

analogues, ainsi que le témoigne cette observation typique de Roubier.

OBSERVATION X

Ch. Roubier (in *Lyon Médical*, octobre 1918).

B..., 21 ans, chauffeur d'autos. Bonne santé habituelle.

L'affection actuelle débute le 5 novembre, par de la céphalée, des frissons et une élévation de température à 40°, un point de côté à gauche.

Deux jours plus tard, la courbe thermométrique nous présente le V grippal avec réascension à 39°5 ; on note des symptômes de bronchite diffuse intense et un foyer congestif à la base gauche ; l'état général est très grave (délire, abattement ; traitement par digitale, huile camphrée, abcès de fixation).

15 novembre : La fièvre diminue un peu, les signes physiques persistent à gauche (râles sous-crépitanants dans toute la hauteur, particulièrement nombreux à la base).

25 novembre : Une ponction exploratrice à cette base permet de retirer une petite quantité de liquide séro-fibrineux.

L'état est stationnaire pendant un mois durant, les signes physiques persistent à gauche ; la température oscille entre 38° et 39°. Le malade est dirigé sur le centre de tuberculeux, où il entre le 15 décembre, avec le diagnostic de « bronchite gauche probablement bacillaire ».

Le sujet est très amaigri, très pâle, émet en abondance de gros crachats nummulaires un peu fétides. Nous constatons que l'hémithorax gauche est rétracté dans son ensemble. A la base, en arrière, submatité et obscurité très accusées. Dans toute la hauteur, on entend de très nombreux râles sous-crépitanants, particulièrement confluent à la base en avant ; à ce niveau, ils présentent un timbre cavernuleux. Rien à droite.

L'examen radioscopique montre une diminution très accusée et homogène de transparence de la base gauche, empêchant de distinguer, avec netteté, les contours du cœur et du dia-

phragme ; les sommets sont clairs et égaux comme transparence.

Des examens bactériologiques répétés des crachats ne montrent pas de bacilles de Koch. La température présente de nombreuses irrégularités entre 38° et 39°.

Pendant six semaines, les signes physiques restèrent à peu près stationnaires, mais le sujet a engraisé de 5 kilogs. La température a baissé et l'état général s'est nettement amélioré.

Dans ce cas, il s'agit d'une bronchite persistante unilatérale avec symptômes cavernuleux à la base gauche, mauvais état général, amaigrissement, fièvre continue. On pouvait penser à la tuberculose, mais ce diagnostic fut éliminé en raison : 1° de la fétidité de l'expectoration ; 2° de l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, malgré des examens répétés ; 3° de l'amélioration progressive de l'état général. Aussi ne pouvait-on porter que le diagnostic de grippe sévère, avec signes bronchitiques persistants de l'hémithorax gauche, sclérose pulmonaire de la base gauche avec dilatations bronchiques.

En somme : amaigrissement, cachexie, température, signes cavitaires plus ou moins nets à une base (avec ou sans pleurésie antérieure), expectoration dépourvue de bacilles de Koch. Tels sont les principaux signes de cette forme bronchectasique.

D. — FORME DE PNEUMONIE PARAISSANT FRANCHE, PUIS A RÉSOLUTION TRAINANTE.

Cette forme a été signalée dans l'épidémie de grippe de 1890, par Duponchel (*Soc. Méd. des Hôp.*, 24 janvier 1890), puis par Netter.

Il s'agit de cas de pneumonies prolongées ulcéreuses qui donnent lieu à des signes physiques et fonctionnels identiques à ceux de la tuberculose.

L'examen microbiologique révéla le bacille de Pfeiffer, à l'exclusion du bacille de Koch. Netter suivit plus de quatorze mois un cas de ce genre.

Ch. Roubier rapporte, à ce sujet, l'observation que voici :

OBSERVATION XI

Ch. Roubier (in *Lyon Médical*, octobre 1919).

Jeune soldat de 20 ans, entre à l'hôpital le 28 septembre 1918 pour grippe. Le surlendemain, on constate des symptômes de pneumonie franche du lobe inférieur droit. La température baissa le huitième jour, mais remonta peu après pour décrire de grandes oscillations. Les symptômes de pneumonie droite persistèrent sans modification pendant plus de six semaines (matité, souffle tubaire, bronchophonie, nombreux râles crépitants fins) ; la matité étant très franche, on fit plusieurs ponctions exploratrices sans résultats. Deux mois après l'entrée à l'hôpital, la température continuait à osciller entre 38° et 39°. L'amaigrissement était très accusé, la pâleur du teint très marquée ; la matité était aussi franche, mais au souffle tubaire qui disparut, fit place de l'obscurité et on constatait, en un point, des râles sous-crépitaux, très humides, semblant indiquer une lésion en train de s'ulcérer. L'expectoration qui était à peu près nulle augmenta de quantité, mais jamais on ne put, dans ces crachats purulents, découvrir de bacilles de Koch. Le malade put être suivi pendant un mois encore, les signes physiques étaient les mêmes, la température se rapprochait de la normale, l'état général s'était amélioré. Puis, il fut perdu de vue.

Le docteur Voisin, de Paris, observa dans sa clien-

tèle, un cas analogue ; grâce à son extrême obligeance, nous pouvons reproduire cette observation.

OBSERVATION XII

Inédite. Due au Docteur Voisin.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, réformé n° 2 pour bronchite, présentant après six mois de service pendant la guerre, un mauvais état général. Il fut pris, le 26 déc. 1918, de grippe se compliquant, au bout de quatre à cinq jours, d'un foyer congestif à la partie moyenne du poumon gauche. Puis on constata un léger épanchement pleural de ce côté. L'examen cytologique montra moitié lymphocytes, moitié polynucléaires. Pas de microbes à l'examen direct, ni à la culture. Le 11 janvier, on note la persistance d'un souffle à caractère aigu, râles sous-crépitaux nets dans la partie moyenne du poumon avec zone de matité suspendue. La fièvre était toujours élevée, sans grandes oscillations, de 39° à 40°.

Les diagnostics furent hésitants. Le 12 janvier, on crut à une pleurésie purulente en évolution, mais les phénomènes restent stationnaires.

Le 21 janvier, un médecin appelé en consultation, affirma nettement la pleurésie enkystée interlobaire et le pneumothorax suite de vomique (?). Le Docteur Voisin pose le diagnostic de « foyer pulmonaire hépatisé à évolution tardive », avec des réserves sur la possibilité d'une transformation bacillaire, étant donné le passé et l'existence d'une respiration affaiblie au sommet droit. L'état général s'améliore, mais la fièvre persiste, les signes physiques demeurent identiques. L'examen radioscopique montre une opacité nette au niveau du foyer (28 janvier). Il ne paraît pas s'agir d'une pleurésie enkystée.

L'amélioration se poursuit, le souffle se perçoit encore le 20 février, mais a complètement disparu le 1^{er} mars. L'état général se maintient excellent un an après le début de l'affection.

Nous assistons à une forme de pneumonie prolongée, simulant la pneumonie caséuse et dont le diagnostic et le pronostic sont souvent très embarrassants.

Bouchut réunit dix observations et en donna les principaux traits dans un article paru dans la *Revue de Médecine* (mars-avril 1919, page 165). « Au 7^e ou 9^e jour d'une pneumonie grippale des plus nettes, la température, après avoir ou non esquissé une défervescence, devient irrégulière, oscillante. Vers le 15^e ou le 20^e jour, elle tend à décroître ; mais cette lente défervescence est coupée de courts retours offensifs qui se répètent pendant une ou deux semaines. Longtemps, les signes physiques restent invariables, large zone de matité, gros souffle tubaire, pas de râles. L'état général est mauvais : dyspnée persistante, expectoration abondante et purulente, sueurs profuses, teint pâle, amaigrissement rapide. Hanté par l'idée de pleurésie purulente, on multiplie en vain les ponctions exploratrices. Bientôt les signes physiques se modifient, de gros râles à timbre cavernuleux apparaissent. S'agit-il là de râles de retour, ou bien sont-ils fonction d'une désintégration pulmonaire d'un abcès ou encore n'assiste-t-on pas à l'évolution d'une pneumonie tuberculeuse ? Autant de questions qui restent sans réponse ferme jusqu'au moment où vers la 4^e ou 5^e semaine, des signes non équivoques de guérison prochaine lèvent les derniers doutes. Cette guérison est, d'ailleurs, lente à s'affirmer et pendant de longs jours, le malade gardera de la dyspnée d'effort, de la pâleur, de l'as-

thénie, de la toux ; après le moindre exercice, sa température s'élèvera ; du côté malade, la respiration restera longtemps diminuée et longtemps persisteront les râles. Tous nos malades ont guéri. Ajoutons que nous n'avons trouvé, dans leur expectoration, que du pneumocoque »!

Nous croyons que ces formes simulent, à s'y méprendre, la pneumonie caséuse ; l'absence constante du bacille de Koch, dans les crachats et l'évolution favorable de l'affection permettent, là aussi, d'éliminer le diagnostic de tuberculose, malgré la constatation de symptômes qui orienteraient l'esprit du côté de cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne pouvons donner à ce paragraphe l'extension que nous aurions voulu lui accordér. L'étude clinique nous montre l'heureuse évolution des grippes pseudo-phymiques. Cette récente épidémie n'a pas enrichi le petit nombre d'autopsies dont fait mention la littérature médicale ; aussi les travaux du professeur J. Teissier et de ses élèves, relatifs à l'épidémie de 1892-93, ont-ils gardé tout leur intérêt et toute leur importance.

D'une façon générale, dans la grippe pseudo-phymique comme dans les autres formes de grippe, nous pouvons constater l'importance des troubles vaso-moteurs se manifestant par des phénomènes congestifs et hémorragiques. Les autopsies montrent une congestion pleurale et pulmonaire intense. Les ganglions trachéo-bronchiques sont hypertrophiés, congestionnés, parfois même hémorragiques. Le foie et la rate sont gorgés de sang. Parfois, on trouve dans la substance corticale des reins, une arborisa-

tion vasculaire bien dessinée (Trémolières et Raffinèsque, *Presse Médicale* du 24 février 1919).

Etant donnée, dans la symptomatologie de cette affection, l'importance des signes physiques pulmonaires, nous nous appesantirons un peu sur les résultats fournis à l'examen post-mortem de l'appareil respiratoire. Ce sont, en général, des lésions de congestion œdémateuse des deux poumons ; d'autres fois, c'est un aspect d'hépatisation rouge ou une véritable splénisation.

Le professeur J. Teissier, dans ses « Leçons cliniques sur la grippe », relate l'autopsie d'une malade ayant présenté, à l'auscultation du sommet, des signes cavitaires. Vérification faite, la malade avait été enlevée « par une pneumonie bâtarde donnant au poumon cet aspect violacé, pseudo-œdémateux observé fréquemment dans ces dernières épidémies. Le sommet droit que l'on était tenté de considérer comme tuberculeux, ne présentait pas la moindre trace de lésions tuberculeuses, mais simplement une pneumonie interstitielle très prononcée, constituée par de larges travées fibreuses partant de la plèvre très épaissie et s'étendant jusqu'aux bronches très évidemment dilatées. »

Son élève, Egger, a souligné l'importance de ces lésions broncheectasiques qui permettent d'expliquer l'intensité des signes pseudo-cavitaires fournis par l'auscultation.

En résumé, aux signes de congestion qui sont la règle, peuvent s'ajouter aux poumons des lésions de sclérose interstitielle et de dilatation bronchique.

PATHOGÉNIE

La grippe est une maladie essentiellement congestive, ayant une prédilection marquée pour l'appareil respiratoire. Les fluxions qu'elle provoque modifient la résistance des parenchymes et des muqueuses, facilitent ou exaltent l'activité des infections secondaires.

Elles donnent naissance à des bronchites, congestions pulmonaires, broncho-pneumonies ou pneumonies dont l'évolution est le plus fréquemment atypique, plus ou moins prolongée. Ces réactions se produisent souvent après une accalmie qui avait laissé espérer une guérison. Toutes ces particularités sont de nature à faire croire à une tuberculose consécutive.

La grippe joue, en somme, le même rôle que la rougeole dans ces complications pulmonaires.

Nous nous arrêterons sur un point particulier. Pourquoi dans les localisations pulmonaires de la

grippe, observe-t-on une prédilection pour les sommets ?

On peut répondre à cela que les causes qui provoquent le développement, en ce point, du bacille de Koch, peuvent aussi être invoquées pour expliquer l'arrêt et le développement de l'agent pathogène de la grippe. Le sommet est évidemment un lieu de moindre résistance ; mais n'y aurait-il pas là une lésion toute préparée ? « Une épine irritative constituée par des lésions scléreuses anciennes. (Roubier) ».

En effet, un grand nombre de sujets sont touchés dès l'enfance par la tuberculose. Bien peu en meurent ; la plupart guérissent, soit par sclérose, soit par calcification de leurs lésions. Ces cicatrices sont-elles dépourvues de virulence ? Le professeur Hutinel (*Gaz. des Hôp.*, du 4 mars 1920 : Grippe et tuberculose chez les jeunes sujets) pense que ces foyers ne sont pas éteints, mais que la fluxion grippale et les infections secondaires peuvent n'avoir été ni assez profondes, ni assez durables pour ramollir ces foyers tuberculeux et mobiliser les bacilles qu'ils peuvent contenir. Mais ces noyaux n'agissent pas moins comme des épines irritantes. Ils sont le point de départ de vaso-dilatations actives accompagnées de troubles sécrétoires plus ou moins marqués. Les réactions consécutives sont d'autant plus accentuées que la sclérose péri-tuberculeuse a formé d'adhérences pleurales étendues, de dilatations bronchiques, d'emphysème et de modifications cicatricielles du parenchyme pulmonaire. Ces lésions, sous l'in-

fluence de la grippe, deviennent donc le siège de poussées congestives et d'abondantes sécrétions bronchiques. « Le parenchyme pulmonaire se condense, la sonorité du thorax diminue, les bruits respiratoires se modifient et l'auscultation laisse percevoir des bruits pseudo-cavitaires qui éveillent forcément l'idée de cavernes pulmonaires. »

Ainsi peut-on expliquer l'apparition et la production de ces signes physiques dont la présence fait immédiatement songer à une tuberculose possible surtout s'ils sont situés en des points comme les sommets où les moindres bruits paraissent, à juste titre, suspects.

DIAGNOSTIC

Le nom seul de grippe pseudo-phymique donné à cette forme spéciale de l'infection grippale par le professeur Teissier, indique bien les difficultés de son diagnostic avec la tuberculose pulmonaire.

Il nous semble que l'étude du diagnostic doit comprendre deux points : 1° la recherche de l'origine grippale de l'affection ; 2° la recherche des signes différenciant cette affection d'une complication purement tuberculeuse.

1° La recherche de l'origine grippale peut s'obtenir par la notion d'épidémie dont l'importance a déjà été établie par le professeur Teissier, en 1892.

La grippe est caractérisée par son extrême généralisation, elle est contagieuse et frappe tous les sujets : les malades, les convalescents, comme les sujets sains. Il est donc évident que, si en temps d'épidémie grippale, on constate l'aspect particu-

lier des complications pulmonaires, l'hypothèse de grippe pseudo-phymique pourra être envisagée.

L'étude de la courbe thermique fournira aussi de précieux renseignements. Le professeur Teissier a retrouvé dans l'étude des tracés, le collapsus en forme de V et la rechute qu'il avait reconnus dans l'épidémie de 1889-90. Ce collapsus en V doit être recherché très soigneusement, car il peut être éphémère et ne durer qu'une heure ou deux à peine ; il peut siéger au moment de l'invasion ou au centre du plateau de la courbe, il est suivi immédiatement de la rechute (1).

Nous signalerons un autre signe relevé aussi par le professeur Teissier, c'est l'expectoration franchement purulente apparaissant dès les premiers jours, indiquant la participation précoce de l'appareil respiratoire à l'infection grippale. Caractère déjà reconnu par Graves, en 1832. C'est le « catarrhe purulent d'émblée » du professeur Teissier. Roubier signale aussi dans deux observations, une fétidité transitoire des crachats, non observée chez les tuberculeux.

Ajoutons un autre bon signe de grippe, c'est l'hypertrophie de la rate. Si elle manque, on ne peut toutefois exclure le diagnostic de grippe, car elle est parfois précoce et dure peu.

2° Ayant ainsi étudié les principaux caractères dénotant l'origine grippale de l'infection, nous met-

(1) La grippe, par J. TEISSIER. — *Paris Médical*, du 24 janvier 1920.

trons en relief ceux permettant d'éliminer une tuberculose compliquant la grippe.

Le plus essentiel est constitué par l'absence persistante, malgré des examens bactériologiques répétés de bacilles de Koch dans les crachats. Cette recherche doit être minutieuse, se faire après homogénéisation. On ne craindra pas de la renouveler maintes fois au cours de l'affection.

Le laboratoire nous donnera aussi de précieux renseignements par l'inoculation des crachats au cobaye et par la découverte dans le sang du diplobacille du professeur Teissier.

Un autre signe est fourni par l'examen radioscopique. Alors que l'on songe à la tuberculose et que l'on s'attend à voir sur l'écran une opacité marquée des sommets, des pommelures et des marbrures habituellement observées chez les tuberculeux ; on ne constate que des signes dont l'importance n'est nullement en rapport avec les symptômes fournis par l'examen clinique. Dans les observations relatives, on ne trouvera qu'une diminution légère de la transparence d'un ou des sommets s'éclairant plus ou moins à la toux ; parfois même, les champs pulmonaires paraîtront absolument normaux.

Tels sont les principaux éléments qui permettront de trancher le diagnostic si délicat de grippe pseudo-phymique et de tuberculose post-grippale.

TRAITEMENT

Il n'y a, évidemment, pas de traitement spécifique de cette complication grippale. Aussi, ce chapitre ne sera-t-il qu'une revue des principaux moyens de défense que nous apporte actuellement la thérapeutique.

Le traitement général sera hygiénique et tonique. Au point de vue hygiénique, Rosenthal préconise la cure d'air en pleine période aiguë. Hirtz recommande dans les broncho-pneumonies prolongées, simulant la tuberculose pulmonaire, de faire le traitement de la tuberculose et de faire fonctionner l'appareil respiratoire : l'aération continue et la gymnastique respiratoire. Il conseille, en outre, les stations arsenicales, la Bourboule, le Mont-d'Or si le catarrhe et la suppuration bronchique sont marquées ; les stations sulfurées sodiques, Uriage ou sulfurées iodurées, Challes, ou encore le séjour à Arcachon.

Parmi les médications générales, une place importante doit être donnée à l'alimentation. Afin de combattre l'autodestruction particulièrement active dans la grippe, le grippé sera alimenté d'emblée : laitage, purées, farines, pâtes, fruits. On recommandera l'alcool donné toutefois avec mesure. L'huile camphrée sera donnée aux doses de 10 à 20 cmc. par jour. La cryogénine (0 gr. 50 à 1 gr. dans l'après-midi) combattrà la température.

Une grande part doit aussi être réservée à la médication anti-infectieuse ; on aura recours à l'úrotropine, en injections intra-veineuses ou aux arsenicaux (arséno-benzol, arrhénal). J. Teissier préconise l'emploi de la quinine dont la valeur curative a été étudiée spécialement par Chalier (*Progrès Médical*, 1919). Les préparations de métaux colloïdaux ont donné d'excellents résultats, l'électrargol en injections intra-veineuses, 15 à 20 cmc., augmente la pression artérielle et diminue légèrement la température. L'abcès de fixation suivant la méthode de Fochier, a été employé par beaucoup de praticiens, on peut lui retirer toute valeur purement curative, mais sa valeur comme moyen de pronostic demeure indéniable. Plus tard, peut-être aurons-nous comme arme défensive, un sérum s'adressant à l'élément primitif, essentiel de la grippe. Sérums ou vaccins polyvalents seront la médication de choix de l'avenir.

Le traitement symptomatique a aussi une grande importance : il sera principalement pulmonaire (ventouses sèches ou scarifiées, saignée, inhalations

d'oxygène) et cardio-vasculaire (digitale ou strophanthus).

Nous avons ainsi des éléments suffisants pour traiter nos malades et amener la guérison surtout si la médication est énergique et précoce.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des cas de grippe prolongée dont la symptomatologie rappelle celle de la tuberculose pulmonaire.

II. — Les formes observées ont été les suivantes :

1° Forme bronchitique diffuse chronique ;

2° Forme de bronchite congestive ou broncho-alvéolite des sommets ;

3° Forme broncho-pneumonique traînante avec dilatation bronchique et signes cavitaires à une base ;

4° Forme de pneumonie paraissant franche, puis à résolution traînante, simulant la pneumonie tuberculeuse.

III. — Ces lésions paraissent provoquées par l'action éminemment congestive de la grippe, modifiant la résistance des parenchymes et des muqueuses.

D'anciennes lésions tuberculeuses sclérosées ou calcifiées peuvent jouer au sommet, notamment un rôle d'appel.

IV. — Le diagnostic de tuberculose ne peut être éliminé que si l'on établit nettement le rôle de l'infection grippale (notion d'épidémie, constatation du V. grippal).

L'absence constante du bacille de Koch dans les crachats, malgré des examens bactériologiques répétés, au besoin l'inoculation au cobaye dans les cas très douteux, la discordance entre les signes physiques et les renseignements radioscopiques sont à la base des éléments nécessaires pour affirmer le diagnostic de grippe à forme pseudo-phymique.

V. — En l'absence de tout traitement spécifique de la grippe, on se bornera à un traitement général et symptomatique.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. TEISSIER.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 décembre 1920

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- GRAVES. — Leçons de clinique médicale. Traduction de Jaccoud.
- J. TEISSIER. — Leçons sur la grippe-influenza, professées à la Faculté de Médecine de Lyon, novembre 1891. J.-B. Baillière, 1893.
- EGGER. — La grippe pseudo-phymique. Thèse de Lyon, 1893.
- MIZON. — Grippe chronique à forme tuberculeuse. Thèse de Lille, 1894.
- COLLET et CHATIN. — *Lyon Médical*, octobre 1894.
- LOUIS ANGOT. — A propos de quelques observations de grippe pseudo-phymique. Thèse de Paris, 1912.
- NETTER. — Grippe. Article du *Traité de Médecine et Thérapeutique*.
- F. MOUTIER. — Revue générale. « La grippe : Ses formes pulmonaires, leur traitement ». *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} mars 1919.
- Le Journal Médical Français*. — La grippe, 1^{er} janvier 1919.
- JOLTRAEN et BAUFFLE. — La grippe, 1919. Monographie.
- BOUCHUT. — De quelques complications de la grippe. *Revue de Médecine*, mars-avril 1919, p. 165.
- LORRAIN, HANNS et GILLET. — La fausse tuberculose à pneumocoques. Pneumonies subaiguës ou mal résolues, prises pour de la bacillose. *Revue de Médecine*, mars-avril 1919.

- RATHERY, RAULT, DAVID et THOMAS. — Les manifestations pulmonaires au cours de l'épidémie de grippe de 1918. *Paris Médical*, 1^{er} mars 1919.
- Roger VOISIN et BENHAMOU. — Remarques cliniques et thérapeutiques sur la grippe thoracique. *Paris Méd.*, 31 mai 1919.
- Ch. ROUBIER. — Grippe et tuberculose. *Lyon Médical*, sept., oct., nov. 1919.
- J. TEISSIER. — La grippe. *Paris Médical*, 24 janvier 1920.
- V. HUTINEL. — Grippe et tuberculose chez les jeunes sujets. *Gazette des Hôpitaux*, 2 et 4 mars 1920.
- BURNAND. — La grippe chez les tuberculeux pulmonaires. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, juillet 1919.
- LORTAT-JACOB. — La grippe chez les anciens pleurétiques. *Presse Médicale*, 28 février 1920.
- BONNET. — Thèse de Paris, 1920.
- KAYSER PETERSEN (Francfort). — *Münchner Med. Nachrichten*, 1919.
- FISHBERG. — Influenza and tuberculosis. *The American Review of Tuberculosis*, septembre 1919.
- BURNS ANDERSON et ANDREW PETERS. — Influenza and tuberculosis. *The American Review of Tuberculosis*, avril 1920.

